



Greater Boston Local 26 Health Plan Unit 108 (Plan de salud) Auditoría de elegibilidad de dependientes - Preguntas frecuentes

(1) ¿Qué documentos necesito para confirmar la elegibilidad de mis dependientes?

- **Cónyuge:** Certificado de matrimonio y declaraciones de impuestos federales de 2024
- **Hijos:** Certificado de nacimiento
- **Hijastros** Certificado de nacimiento, certificado de matrimonio y declaración de impuestos de 2024
- **Otros hijos dependientes:** Certificado de nacimiento y declaración de impuestos de 2024

Dependiente	Documentación requerida <i>Nota: Proporcione todos los documentos que se enumeran a continuación:</i>	Recursos para obtener documentación
Cónyuge dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio • La parte de su declaración de impuestos federales de 2024 que enumera su estado civil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del condado que emitió el certificado de matrimonio original • www.cdc.gov/nchs/w2w.htm • www.vitalchek.com
Hijo(a) dependiente por nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres) y/o copias de cualquier orden judicial, sentencia de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia o la cobertura médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del condado que emitió el certificado de nacimiento original • Hospital en el que nació el(la) niño(a) • Departamento de Estado de EE. UU. (para niños nacidos fuera de EE. UU.) • www.cdc.gov/nchs/w2w.htm • www.vitalchek.com
Hijastro	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres) • Certificado de matrimonio • Declaración de impuestos de 2024 (indicando el estado civil para efectos de la declaración) 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del condado que emitió el certificado de nacimiento original • www.vitalchek.com • www.irs.gov
Hijo(a) dependiente relacionado(a) con el empleado	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento (debe incluir los nombres de los padres) y/o copias de cualquier orden judicial, sentencia de divorcio u otros documentos legales relacionados con la custodia y la cobertura de salud • La parte de su declaración de impuestos federales de 2024 que enumera a los dependientes declarados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina del condado que emitió el certificado de nacimiento original • Hospital en el que nació el(la) niño(a) • Departamento de Estado de EE. UU. (para niños nacidos fuera de EE. UU.)

	<p><i>Nota: puede ocultar la información financiera confidencial, ya que no se relacionan con esta auditoría.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • www.cdc.gov/nchs/w2w.htm • www.vitalchek.com • Agencia Estatal que emitió documentos de custodia/tutela
--	---	--

(2) ¿Qué es un código de identificación de auditoría?

Es un número único que usted necesitará para enviar sus documentos de prueba a SISCO.

(3) ¿Dónde puedo encontrar mi código de identificación de auditoría?

Se encuentra en el paquete de auditoría que se le envió por correo postal (la primera semana de diciembre de 2025). Si no lo encuentra, llame a SISCO o a Servicios a los Miembros de UHH.

SISCO: (833) 560-8255

*De lunes a jueves desde las 8am a las 8 pm (hora del este)
Viernes, desde las 8am a las 5 pm (hora del este)*

Servicios a los Miembros de UHH: (844)

267-4325

De lunes a viernes, de 9:30am a 5:30pm (hora del este)

(4) ¿Quién es SISCO?

Una empresa externa neutral y experta en servicios de beneficios está llevando a cabo una auditoría (revisión) de elegibilidad del plan de salud Greater Boston Local 26.

(5) ¿Por qué hacemos esto?

Para garantizar que solo los dependientes elegibles utilicen los fondos de **su** plan de salud para pagar sus facturas médicas. Se recomienda revisar periódicamente la elegibilidad de todos los incluidos en el Plan. No queremos pagar las facturas de alguien que no debería estar en el Plan.

(6) ¿Cómo puedo asegurarme de que mis dependientes no pierdan su cobertura?

Envíe el “Formulario de Actualización de Información del Plan de Salud” y todos los documentos de prueba requeridos (acta de nacimiento, acta de matrimonio, formularios de impuestos, etc.) antes del **viernes 23 de enero de 2026.**



a. Tome fotos de los documentos con su teléfono inteligente y cárguelos de manera segura **en línea** en:

<https://siscoeligibility.com>

- Ingrese su apellido, código de identificación de auditoría y su fecha de nacimiento

- Una vez que haya cargado la documentación de su dependiente, recibirá una confirmación de que la carga se realizó correctamente.
- b. O envíe por **fax** el formulario y los documentos al (563) 587 – 6721.
- c. O bien, complete los formularios y envíelos por **correo postal** a:
- ATTN: Eligibility Audit
P.O. Box 389, Dubuque, IA
52004-0389

(7) ¿Qué hago si tengo un decreto de divorcio que indica que debo proporcionar cobertura para mi ex-cónyuge?

Presente el decreto de divorcio y/o copias de cualquier orden judicial u otros documentos legales relacionados con la cobertura de salud.

(8) ¿Qué debo hacer si tengo un poder notarial (POA) o soy el tutor de un menor al que debo proporcionar cobertura?

Presente cualquier orden judicial, directiva de salud u otro documento legal relacionado con la cobertura de salud. Incluya los formularios fiscales que demuestren que son dependientes que reúnen los requisitos.

(9) Si ya presenté la documentación como prueba, ¿por qué tengo que hacerlo de nuevo?

Estamos revisando todo de nuevo porque es nuestra obligación hacerlo periódicamente y debe incluir a TODOS (incluso a los que se han inscrito recientemente).

(10) ¿Qué quiere decir con formularios de impuestos?

Necesita proporcionar el formulario 1040 del año 2024. A continuación, le mostramos un ejemplo.

Form **1040**

Department of the Treasury—Internal Revenue Service (99)
U.S. Individual Income Tax Return

OMB No. 1545-0047 PS Use Only—Do not write or stamp in this space.

For the year Jan. 1-Dec. 31, 1, or other tax year beginning ending 20

Your first name and initial Last name Your social security number

If a joint return, spouse's first name and initial Last name Spouse's social security number

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. Apt. no. **▲** Make sure the SSN(s) above and on line 6c are correct.

City, town or post office, state, and ZIP code. If you have a foreign address, also complete spaces below (see instructions).

Foreign country name Foreign province/state/county Foreign postal code **Presidential Election Campaign** Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to the fund. Checking a box below will not change your tax or refund. You Spouse

Filing Status 1 Single 4 Head of household (with qualifying person). (See instructions.) If the qualifying person is a child but not your dependent, enter this child's name here. ▶ 2 Married filing jointly (even if only one had income) 3 Married filing separately. Enter spouse's BSN above and full name here. ▶ 5 Qualifying widow(er) (see instructions)

Exemptions 6a Yourself. If someone can claim you as a dependent, do not check box 6a. 6b Spouse

c Dependents:		(a) Dependent's social security number	(b) Dependent's relationship to you	(c) <input type="checkbox"/> If child under age 17 qualifying for child tax credit (see instructions)
(f) First name	Last name			
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

d Total number of exemptions claimed

Boxes checked on 6a and 6b: No. of children on 6c who: • lived with you • did not live with you due to divorce or separation (see instructions) Dependents on 6c not entered above Add numbers on lines above ▶